

Гаин Ю.М.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ВЫБОРА СРЕДСТВ И МЕТОДОВ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПЕРИТОНИТА

/ Минск /

Высокие частота осложнений и летальность при перитоните вызывают необходимость поиска новых и совершенствования старых способов его лечения. По мнению большинства хирургов ведущим и определяющим моментом комплексного лечения больных перитонитом, наряду с адекватно выполненным оперативным вмешательством и интенсивной терапией, является полноценное антибактериальное лечение, воздействующее на все этиологические звенья заболевания.

Нами проведен анализ изменений чувствительности микрофлоры при перитоните к современным антибактериальным препаратам (АБП), произошедших за последнее десятилетие. Если в качественной структуре микрофлоры не произошло кардинальных сдвигов, то в отношении антимикробного действия многих лекарственных препаратов, широко используемых в клинике, определилась четкая тенденция к уменьшению их эффективности. Серьезно упала антибактериальная активность таких препаратов, как цефалоспорины 1-го и 2-го поколения, полусинтетические пенициллины, тетрациклины, ряд аминогликозидов (например, стрептомицин, канамицин и тобрамицин), рифампицин, ванкомицин и ристомидин. Снизилась противоанаэробная активность линкомицина, цефалоспоринов 1-2-го поколения и незначительно - метронидазола. На высоком уровне антимикробная активность в отношении как аэробов, так и анаэробов, сохраняется у таких препаратов монотерапии как тиенам (имипенем/циластин), меропенем, амоксициллин и бетабактил. Вероятность подавления ими аэробного звена микрофлоры составляет 54,98-97, анаэробного - 81,3-97%. Высокая стоимость этих препаратов не способствует их широкому использованию в клинике, допуская применение только в тяжелых случаях в качестве антибиотиков резерва. Достаточно эффективно подавляют весь поливалентный микробный спектр комбинации АБП. Эффективно нами используется одновременное внутрибрюшинное введение комбинаций: гентами-

цин+левомицетин+метронидазол или гентамицин+клиндамицин. При возможности, вместо гентамицина целесообразно использовать аминогликозиды 2-го поколения - амикацин, сизомицин или нетромицин (нетилмицин). Повышается эффективность интраперитонеального введения антибактериальных схем при замене аминогликозидов на азактам (азтреонам) или ципринол (ципрофлоксацин). При этом возрастает антибактериальная активность лекарственной комбинации с нивелированием отрицательных эффектов использования аминогликозидов. Существуют еще способы уменьшения отрицательных эффектов введения больших доз АБП. В нашей практике мы применяем сочетанное внутривенное введение электрохимически активированного раствора гипохлорита натрия (ЭХАР ГН) с концентрацией 50 мг/л и 1/2 фармакологической дозы вышеперечисленных лекарственных комбинаций. Проведенные экспериментально-клинические исследования доказали возможность их применения с сохранением антибактериальной лекарственной эффективности. Она обусловлена универсальным действием ЭХАР ГН на микрофлору и макроорганизм больного. Внутривенный способ введения АБП в тяжелых случаях дополняется внутривенным введением цефалоспоринов 3-го поколения, амоксицикла с метронидазолом. Увеличивает эффективность антибактериальной терапии (АБТ) введение ингибиторов протеолитических ферментов (в т. ч. И внутривенно), иммунокорректоров, проведение лазеротерапии. При таком сочетании эффективность АБП повышается до 97-98%.

Обозначенные схемы лечения не являются абсолютными. Они могут служить в качестве эффективных программ АБТ 1-го этапа лечения (до получения данных микробиологического исследования). Коррекцию в них вносят состояние больного, компенсаторные возможности его органов и систем, обеспеченность учреждения АБП и другие факторы.

Подобный подход к выбору АБТ использован нами для лечения 864 пациентов. Он привел к уменьшению общей летальности при перитоните на 5,45%, снижению частоты осложнений на 11,12%.